Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem

GŁOS POŁOŻNEJ
MIESIĘCZNIK SPOŁECZNO-LEKARSKI

Prosimy o zwrócenie uwagi na zmianę adresu Redakcji i Administracji „Głosu Położnej" — obecnie: WARSZAWA, ŻELAZNA 76 m. 32, tel. 3.22-50

REDAKTOR: Dr med. ALINA BREWDA.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA
WARSZAWA, Żelazna 76 m. 32 tel. 3.22.50. Konto w P.K.O. Nr. 811.
Redaktor przyjmuje codziennie od 16 — 18.
Warszawa, Miodowa 11 m. 12, tel. 2.55.55.

CENY OGŁOSZEŃ
1/1 str. — Zł. 800
1/2 str. — Zł. 400
1/4 str. — Zł. 200

PRENUMERATA:
Półrocznie — Zł. 1.—
Rocznie — Zł. 2.—
Nr pojedyńczy 20 gr.

Rok II | Warszawa, dn. 25 grudnia 1937 r. | Nr 12 (13)

Wszystkim Współpracownikom, Czytelnikom i Przyjaciołom naszego pisma z okazji świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku 1938 najserdeczniejsze życzenia zasyła

Redakcja „Głosu Położnej"

Pół godziny rozmowy z p. Marendowską

Jak już informowaliśmy nasze czytelniczki w sprawozdaniu ze Zjazdu, do Zarządu Głównego Zw. Położnych R. P. zostały ponownie wybrane dotychczasowe władze z p. Marendowską jako przewodniczącą na czele. Zarząd p. Marendowskiej z niewielkimi zmianami personalnymi prowadzi Związek nieledwie od pierwszych chwil istnienia organizacji.

Jeżeli uprzytomnimy sobie niesłychanie trudne warunki, w których rozwijał się Związek, gdy weźmiemy pod uwagę, że działalność Zarządu krępowana była nieustannie niechęcią i przesądami, pokutującymi nawet wśród czynników kierujących interesami zdrowia publicznego — ogarnia nas podziw i zdumienie, że w tych ciężkich warunkach Zarząd zyskał sobie znaczną popularność, miarą czego może być stanowisko Zjazdu, który prawie siłą przedłużył kadencję dotychczasowego zarządu na dalsze dwa lata.

Chcąc przyczynić się do stworzenia bliższego kontaktu z szerokim ogółem położnych, zwłaszcza prowincjonalnych, a zasłużonym Zarządem postanowiliśmy przeprowadzić rozmowę z „dobrym duchem" Związku — panią Marendowską.

Wykonanie naszego zamiaru jest jednak zadaniem wcale nie łatwym. Przyłapanie wiecznie czynnej i zaaferowanej p. Przewodniczącej wymaga wiele telefonów i... auta („wprawdzie w tej chwili jestem wolna, ale za ½ godziny mam zebranie...").

Wchodzę do lokalu Związku i przez długi korytarz dostaję się do sekretariatu. Pani Giergielewiczowa — cenny nabytek obecnego Zarządu — w zwykły sobie ujmujący sposób prosi, abym chwilę zaczekał.

Korzystam z okazji i łowię uchem strzępy rozmów,

— Ja chciałam się zapisać — mówi jedna z interesantek — już od dawna o tym myślałam... tylko jakoś schodziło.

Inna dowodzi:

— Mogłabym wyjechać, ale skąd wziąć środki?.

Otwierają się nagle drzwi od sąsiedniego pokoju i ukazuje się p. Marendowska. Po chwili te same drzwi odcinają nas od pełnego gwaru sekretariatu.

— Może zechce Pani opowiedzieć coś o sobie czytelniczkom „Głosu Położnej" — zaczynam po prostu.

— O sobie.... to nie ciekawe; zresztą przyznam się, że nie łatwo jest opowiadać o sobie, gdy tyle już lat mówi się o „sprawach".

— Niechże więc Pani opowie nieco szczegółów z dziejów Związku — podsuwam chytrze wiedząc dobrze, że tworzą one organiczne zrośniętą całość z historią życia i działalności p. przewodniczącej Marendowskiej.

— Dokumentów—zaczyna p. Marendowska — mówiących o pracach nad stworzeniem związku położnych na terenie zaboru rosyjskiego nie mamy zupełnie. Dochowała się jedynie pamięć o zdecydowanie wrogim stosunku władz zaborczych do wszelkich naszych poczynań organizacyjnych, czemu się zresztą nie dziwię, gdyż władzom niewątpliwie znany był patriotyczny kierunek panujący u nas niepodzielnie.

Dopiero w r. 1902 władza rosyjska zatwierdziła pierwszy na terenie zaboru związek akuszerek. który jednak nie rozwinął szerszej działalności będąc przedmiotem nieustannych szykan. W r. 1908, gdy zelżał nieco ucisk rosyjski — związek przystępuje do pracy przekształcając się natychmiast w Związek Akuszerek **Polskich** na m. st. Warszawę.

— Kiedy zetknęła się Pani bliżej z pracą Związku?

— W roku 1914 — pada odpowiedź — gdy ukończyłam Kursy. Wciągnięto mnie wówczas do jakiejś niewiele znaczącej sekcji.

— A czy pracowała Pani wówczas i na innym terenie?

— Oczywiście. Wchodząc do Związku miałam już za sobą szereg lat konspiracyjnej roboty, która — muszę przyznać — obsorbowała mnie wówczas znacznie silniej, niż praca w Związku. O zmianie mego nastawienia zadecydował wybuch Wielkiej Wojny. W chwilach, gdy w ogniu walk wykuwały się przyszłe losy państw i narodów, gdy wszystko co czuło prawdziwie po polsku rzucało swe życie na szalę wypadków — w tych chwilach nie mogło zabraknąć udziału położnych. Korzystając z pomocy dra Jankowskiego zorganizowałam przy Związku przeszkolenie sanitarne położnych, które dało pierwszą kadrę wykwalifikowanych polskich sióstr miłosierdzia w liczbie 70 osób.

— Czy za to Pani otrzymała te liczne odznaczenia, które tak rzadko Pani nosi?

— Chyba nie! — mówi z uśmiechem p. Marendowska. — Znaczna ich część dotyczy następnego okresu mego życia. Kiedy w Warszawie coraz uporczywiej zaczynały krążyć wieści ,że w zaborze austriackim tworzą się Legiony i Komendant Piłsudski...

— Nie chce chyba Pani powiedzieć, że przedostała się Pani za kordon graniczny — przerywam niecierpliwie.

Pełne wesołych uśmiechów, jasne oczy p. Marendowskiej przybierają barwę stali.

— Trzeba było! — mówi tonem odpowiedzi; — po chwili zaś ciągnie dalej:

— W ten sposób dostałam się do Legionów, Formacji Puławskiej, gdzie pełniłam służbę siostry miłosierdzia. Nawiasem dodam, że obecnie zastałam wybrana przewodniczącą Koła Pań Związku Legionistów Formacji Puławskiej.

— Nie chciałabym tracić czasu na opowiadanie moich przygód z czasów wojny. Wspomnienia z jednego tylko etapu w Cichiniczach dostarczyły p. Wańkowicz tematu do sporej książki. Ja zaś przeżyłam i Cichinicze i niewolę i odzyskanie wolności dzięki wojskom gen. Dowbór-Muśnickiego...

— W jakim stanie zastała Pani Związek po powrocie do Warszawy?

— Po przyjeździe do stolicy odrodzonego Państwa zainteresowałam się oczywiście losem Związku Akuszerek. Chociaż nie był on formalnie rozwiązany, od dawna już nie działał, tak że z trudnością tylko odnalazłam jego ślad w postaci znajdujących się na przechowaniu dokumentów. Postanowiłam wówczas wespół z pp. Bussoldową, Holzkienerową i Lachowiczową stworzyć nowy związek. Prace przygotowawcze, zapoczątkowane w r. 1924 zajęły nam 2 lata. W r. 1926 zorganizowałyśmy Związek Położnych Rzeczypospolitej Polskiej, którego statut został zatwierdzony w roku następnym. Zwołany przez nas Wszechpolski Zjazd Położnych wyłonił Zarząd Główny, do którego weszłam w charakterze v-przewodniczącej, a po ustąpieniu p. Maykowskiej jako przewodnicząca.

— Jak panu wiadomo — godność przewodniczącej Zarządu Głównego piastuję bez przerwy do chwili obecnej.

— Czy praca Związku przyczyniła się, zdaniem Pani, do podniesienia powagi zawodu położnej?

— Niewątpliwie. Przytoczę tylko kilka charakterystycznych przykładów.

— Gdy rozpoczynałyśmy naszą działalność związkową przedstawiciele władz Ubezpieczalni Społecznej nie chcieli nawet z nami rozmawiać, uważając zapewne za zbyteczną stratę czasu wdawanie się w jakąkolwiek dyskusję z delegatkami akuszerek. W roku bieżącym zaś na Zjazd Położnych przybył specjalnie naczelny lekarz U. S., aby podkreślić. że instytucja ta interesuje się naszą pracą i współpracą z nami.

Memoriały, dotyczące bolączek położnych, które już w pierwszych chwilach pracy Związku kierowałyśmy do Ministerstwa, często znajdowały się w... koszu. Natomiast opracowane

(Dokończenie obok)

w szybkim tempie rezolucje ostatniego zjazdu — już znajdujące się w Min. Opieki Społecznej — staną się prawdopodobnie podstawą rządowego projektu ustaw.

— Jeszcze niedawno dyrekcja Warszawskich Miejskich Szkół Położnych nieżyczliwie odnosząc się do naszej organizacji uniemożliwiała wszelki kontakt ze słuchaczkami, w skutek czego szereg roczników był dla Związku prawie zupełnie stracony. Zdecydowałam się w końcu na interwencję u Prezydenta Miasta. Wkrótce potem stanowisko dyrektora Szkół Położnych powierzone zostało doc. dr Gromadzkiemu. który doceniając znaczenie Związku dla kształtowania się charakterów młodych położnych wszedł na drogę ścisłej współpracy z nami — stał się naszym przyjacielem i opiekunem.

— A czy obecnie młode położne interesują się Związkiem?

— Od dwu lat, tj. od chwili objęcia kierownictwa Szkół przez p. doc. Gromadzkiego zainteresowanie Związkiem w kołach naszej „młodzieży" niezmiernie wzrosło. Często teraz nawet słuchaczki proszą o przyjęcie do organizacji.

— Jak przedstawia się obecnie sytuacja młodych położnych i czy Związek przychodzi im z pomocą — pytam.

— To zagadnienie wymaga specjalnego omówienia — odpowiada p. Marendowska spoglądając na zegarek—a już i tak zagadałam się...

Dziękuję więc serdecznie za wywiad p. Przewodniczącej i obiecuję sobie wrócić do spraw młodych położnych w innym artykule.

J.

Rola społeczna Zjazdów

Wiemy bardzo dobrze, że wielką dziś rolę w życiu społecznym odgrywają niemal wszędzie związki. Nie są one — jakby się zdawało — wytworem naszych czasów. Znane one były już w czasach starożytnych.

Jeden ze znawców świata antycznego, Lenkowski, podaje „że życie związków niemałą rolę odegrało w starożytności. Dalekie było ono od skomplikowanych warunków życia naszych związków zawodowych, ale trzeba umieć docenić wartość tych wielkich ziaren, rzuconych przez świat klasyczny. Oparte na zasadach równości i powszechnego głosowania, miały one wszelkie warunki rozwoju. To też zamarły dopiero z upadkiem państwa rzymskiego. Średniowiecze ze swym ustrojem stanowym nie mogło tolerować związków typu antycznego; dlatego też zastąpiło je po sześciu wiekach swymi cechami. Ale z wielką rewolucją francuską powróciły one do życia rozwijając się potężnie wraz z przemysłem handlem i techniką".

Pełny rozwój związków datuje się w Polsce od chwili odzyskania Niepodległości. Ich duża rola w naszym życiu społecznym była niejednokrotnie podkreślana. Dlatego też nie mamy zamiaru na tym miejscu poświęcać temu zagadnieniu więcej miejsca. chcemy raczej wskazać jak doniosłe znaczenie mają zjazdy związkowe.

Co pewien czas ta lub inna organizacja zwołuje walny zjazd swoich członków. Z różnych ośrodków kraju zjeżdżają się wówczas upełnomocnieni delegaci i radzą zwykle przez kilkadziesiąt godzin (jeżeli nie dłużej) nad istotnymi i ważnymi sprawami swojej organizacji. Tak bywa zarówno w stowarzyszeniach społecznych, politycznych, jak i zawodowowych.

Ponieważ ten sposób regulowania najistotniejszych spraw organizacyjnych jest zwyczajem (statutem przewidzianym) powszechnym, warto zastanowić się nad jego wielką rolą społeczną, tym bardziej, że niedawno gościliśmy w murach stolicy 5-ty Zjazd Związku Położnych Rzplitej Polskiej, którego obradom przysłuchiwaliśmy się z najżywszym zainteresowaniem.

Każdy zjazd jest odbiciem nastrojów, nurtujących w szeregach związkowych, wyładowuje je na zewnątrz, daje im odpowiedni wyraz i kierunek. Albo te nastroje znajdują realizację w formie tych lub innych uchwał, albo ulegają one rozproszeniu wskutek wyjaśnienia niedomówień. To bardzo ważne. Zjazd bowiem pozwala scalać organizację, tworzyć jednolity wykładnik zbiorowej woli danego środowiska. Siła organizacji ujawnia się w przebiegu obrad zjazdowych, w charakterze i poziomie uchwał i rezolucji. Im przebieg walnego zjazdu jest poważniejszy, tym organizacja silniejsza, zdolniejsza do twórczego czynu. Im płytsze, jałowe rezolucje — tym mniejsza spoistość organizacyjna. tym jaskrawszy dowód bezsiły związku.

W świetle tych pobieżnych rozważań jasnym się wydaje że rola społeczna zjazdu jest bardzo duża. Społeczeństwo dowiaduje się bowiem z trybuny zjazdowej o wartości moralnej danej organizacji, może ocenić dokładnie jej siłę i sprawdzić czy udzielany jej kredyt nie jest lekkomyślnie marnotrawiony.

Biada takiej organizacji, która ten publiczny egzamin zda niedostatecznie. Społeczeństwo wnet odwraca się od niej, lekceważy jej siły i bezwzględnie krytykuje każde poczynanie, choćby ono samo w sobie nosiło zarodki jak najlepsze.

Czy egzamin, złożony przez 5-ty Zjazd Związku Położnych wypadł dla organizacji tak ważnego dla zdrowia publicznego zawodu pomyślnie?

Śmiało stwierdzić można — jak najpomyślniej! 5-ty Zjazd Związku Położnych Rzplitej Polskiej wykazał, że organizacja ta skupia karne szeregi położnych, gotowe do największych nawet poświęceń dla dobra kraju i swego umiłowanego zawodu. Zarówno przebieg obrad zjazdowych jak i charakter uchwał i rezolucji świadczy dobitnie, że zawód położnych w Polsce zdaje sobie sprawę z wielkiej odpowiedzialności jaka ciąży na jego przedstawicielkach.

Czy bez tego Zjazdu moglibyśmy należycie ocenić wartość ideową Związku Położnych Rzplitej Polskiej?

Na to pytanie, zdaje się, daliśmy zupełnie wyczerpującą odpowiedź nieco wyżej. Należy więc tylko podkreślić że dwudniowe obrady w Salach Resursy Obywatelskiej w Warszawie w listopadzie 1937 r. jeszcze raz przekonały nas o doniosłej roli społecznej zjazdów.

Dr med. JÓZEF BLAT

Zaburzenia oddawania moczu w ciąży, porodzie i połogu

Wpływ narządu płciowego kobiety na narządy moczowe, uwarunkowany przez bezpośrednie sąsiedztwo tych dwóch układów, ujawnia się już w okresie zdrowia. Nieprawidłowe położenie macicy (tyłozgięcie), wypadanie i obniżenie narządów płciowych zewnętrznych, wszelkiego rodzaju guzy uciskające na drogi moczowe powodują niejednokrotnie zaburzenia w wytwarzaniu i wydalaniu moczu i odwrotnie sprawy nowotworowe, bakteryjne i toksyczne, dotyczące narządu moczowego, odbijają się wybitnie na prawidłowej czynności płciowego narządu kobiecego tak w okresie zdrowia, jak i w ciąży, porodzie i połogu.

Mocz, będący produktem filtracji z krwi, wytwarza się w nerkach, stąd poprzez miedniczki i moczowody dostaje się do pęcherza moczowego, skąd zostaje wydalony po dłuższym lub krótszym przebywaniu, przy czym pobudka do wydalenia moczu (odpowiadająca subjektywnemu uczuciu potrzeby oddania moczu) pochodzi z centralnego układu nerwowego drogą łuku odruchowego. Potrzeba oddania moczu powstaje już przy zawartości 200 — 250 cm³ moczu w pęcherzu, który jednak w warunkach prawidłowych zdolny jest obejmować do 1500 cm³, a w warunkach chorobowych jeszcze większe ilości (dochodzące do 3 — 4 litrów). Ściana pęcherza zaopatrzona jest w silną błonę mięsną, składającą się z kilku warstw, z których najsilniejsza zewnętrzna nosi nazwę mięśnia wypieracza moczu, który, jak sama nazwa wskazuje, powoduje kurczenie się pęcherza i wydalenie moczu. Aparatem zatrzymującym mocz i nie pozwalającym na mimowolne jego odchodzenie są dwa mięśnie: zwieracz cewki wewnętrzny, będący w łączności z mięśniem pęcherza i zwieracz zewnętrzny, pochodzący z włókien mięśni przepony moczowo - płciowej. Oprócz tego błona śluzowa pęcherza tworzy fałd wpuklający się do wewnętrznego ujścia cewki moczowej, zwanej języczkiem pęcherza, który przyczynia się do ściślejszego zamknięcia wewnętrznego ujścia cewki.

CIĄŻA

W początkach ciąży powiększający się trzon macicy wywiera trwały, aczkolwiek nieznaczny, ucisk na pęcherz moczowy, co u ciężarnej nieprzyzwyczajonej jeszcze do tego skądinąd fizjologicznego zjawiska, przejściowo powoduje częstsze i w mniejszych ilościach oddawanie moczu. Podobnie w ostatnich miesiącach ciąży mikcja staje się częstsza w wyniku ucisku wywieranego przez opadający na pęcherz trzon macicy ciężarnej. Obydwa te zjawiska nie stanowią jeszcze patologii, jednak każde zbyt częste oddawanie moczu powinno wzbudzić czujność położnej ze względu na bardzo ważne schorzenie, jakim jest uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej. To wadliwe położenie macicy często pod wpływem ciąży ulega poprawie; w przeciwnym razie szyja maciczna, silnie przechylona ku przodowi i górze, uciska cewkę moczową powodując jej obrzęk i całkowite zatrzymanie moczu. Już w tym okresie pomoc lekarska, polegająca na odprowadzeniu uwięźniętej macicy, daje wybitną poprawę, odwrotnie, w braku pomocy pęcherz rozciąga się ad maksimum do objętości 3 — 4 litrów, zwiotczały i rozciągnięty aparat mięśniowy nie jest zdolny do utrzymywania moczu, który odchodzi kroplami, niemal bez przerwy.

Rezultatem tego stanu są ciężkie schorzenia pęcherza i miedniczek wskutek zakażenia zalegającego moczu, dalej pęknięcia pęcherza na skutek zapalenia i ścieńczenia jego ściany. W tych przypadkach położnej nie wolno czynić prób opróżnienia pęcherza cewnikiem, może to spowodować przedziurawienie jego ściany, wylanie się moczu do jamy brzusznej, zapalenie otrzewnej i śmierć. Często rezultatem tej sprawy jest zbliznowacenie ścian pęcherza, który staje się nieczynnym workiem, niezdolnym do zatrzymywania moczu.

Drugą ważną sprawą, która winna być ściśle obserwowana, jest odpowiednia ilość dobowa moczu. Zdrowa kobieta nieciężarna wydaje przeciętnie 900 — 1200 cm³ moczu na dobę; ilość ta u ciężarnej zwiększa się do 1400.

Każde wybitniejsze zmniejszenie się dobowej ilości moczu, szczególnie u pierwiastek w ostatnich miesiącach ciąży, winno nasunąć położnej myśl o możliwości zagrażającej rzucawki porodowej.

Zapalne stany dróg moczowych dają o sobie znać parciem na mocz oraz bolesnym oddawaniem moczu. Zdrowe drogi moczowe są wolne od bakterii; w czasie ciąży mogą one ulec zakażeniu bądź drogą krwi bądź od dołu poprzez cewkę moczową (często na skutek cewnikowania brudnym kateterem), przy czym w grę wchodzi zakażenie przede wszystkim laseczką okrężnicy.

Palenie i ból w cewce moczowej przy oddawaniu moczu może wskazywać na ostrą rzeżączkę; charakterystycznymi dla niej są: biała gęsta wydzielina z cewki moczowej (ropa) oraz zielone, gryzące obfite upławy. Parcie na mocz, połączone z ostrym bólem u dołu brzucha, którym towarzyszy mocz mętny, cuchnący, charakteryzuje zapalenie pęcherza. Jeśli do powyższych objawów dołączy się wysoka temperatura, dreszcze, nudności i wymioty oraz ból w okolicach lędźwiowych — otrzymujemy obraz ostrego zapalenia miedniczek nerkowych. Powyższe sprawy winny być przedmiotem troskliwej opieki lekarskiej już od początku, gdyż zaniedbane mogą spowodować nawet ogólne zakażenie krwi z zejściem śmiertelnym. Zapalenie miedniczek często jest powodem poronień, przedwczesnego odklejenia łożyska oraz śmierci płodów. Do czasu przybycia lekarza położna powinna zalecić chorej dietę lekką, niedrażniącą, z przewagą dużej ilości płynów, oraz ciepłe okłady na krzyż i okolice podbrzusza. Żadnych innych zabiegów czy leków stosować nie powinna.

PORÓD

W czasie porodu nadmiernie przepełniony pęcherz stanowi często przeszkodę dla ustalenia się główki, szczególnie u wieloródek; ze swej strony ustalająca się główka często wywiera ucisk na szyjkę pęcherza powodując zastój moczu w pęcherzu. Mocz w tych przypadkach należy regularnie cewnikować z zachowaniem środków ostrożności, przy czym przy niemożności opróżnienia pęcherza cewnikiem kobiecym należy wezwać lekarza celem zastosowania metalowego kateteru męskiego, którego użycie wymaga już specjalnej techniki. W II-im okresie porodu położna winna wezwać natychmiast lekarza w przypadkach, kiedy rodząca się główka ukazuje się w szparze sromowej dłużej niż 2 — 2½ godziny; długotrwały ucisk twardej główki na tylną ścianę pęcherza moczowego doprowadza do wytworzenia się miejscowo zgorzeli ściany i pęcherza, a następnie przetoki pęcherzowo - pochwowej, schorzenia bardzo ciężkiego, trudno poddającego się leczeniu operacyjnemu. W II-im okresie porodu należy pamiętać o wypuszczeniu moczu tuż po urodzeniu płodu dla ułatwienia porodu popłodu.

POŁÓG.

W pierwszych dniach połogu wydzielanie moczu zmniejsza się nieco, gdyż spora ilość płynów ustrojowych idzie na poczet mleka oraz odchodów połogowych. Tym niemniej należy pamiętać o możliwości wystąpienia rzucawki połogowej, przed którą ostrzega nagły spadek ilości oddawanego moczu. W pierwszej dobie po porodzie konieczne jest oddanie moczu przez położnicę. Jeśli nie może tego uczynić samoistnie, pomagamy jej przez podanie basenu z ciepłą wodą, bądź działając psychologicznie przez puszczenie wody z kranu w sąsiednim pokoju, bądź też przez zmianę pozycji z leżącej na siedzącą (to ostatnie należy czynić z wielką ostrożnością). W ostateczności mocz należy cewnikować. Bezwiedne oddawanie moczu przez położnicę przy kaszlu kichaniu itd. pochodzi ze zwiotczenia mięśni zwieraczy cewki w przebiegu porodu i żadnego leczenia nie wymaga, gdyż zazwyczaj w ciągu kilku dni leczy się samoistnie.

Co do innych zaburzeń oddawania moczu w połogu, to — to co zostało powiedziane o zapaleniu miedniczek nerkowych i pęcherza odnośnie ciąży — dotyczy również i okresu połogowego.

Dr med. J. Blat

Różne wiadomości

ODDZIAŁ POŁOŻNICZO - SEPTYCZNY W SZPITALU PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO W WARSZAWIE.

W Szpitalu Przemienienia Pańskiego otwarto 60-łóżkowy oddział położniczo - septyczny. Uruchomienie specjalnego oddziału położniczego ma ważne znaczenie dla szpitalnictwa, gdyż stwarza nową placówkę, której brak odczuwało się dotkliwie. Miejskie zakłady położnicze posiadają niewielkie oddziały izolacyjne, które wystarczają zaledwie na potrzeby własne oddziałów położniczych. Dotychczas umieszczanie położnic gorączkujących w szpitalach napotykało na znaczne trudności, które obecnie zostały usunięte. Nowy piętrowy pawilon położniczy został zbudowany systemem pokoikowym, co zapewnia wygodę i spokój chorym oraz pozwala na odpowiednią izolację przypadków zakaźnych. W urządzeniach wewnętrznych nowego oddziału zastosowano najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej. Poświęcenia pawilonu dokonał ks kapelan Teofil Aranowski, po czym wygłosił przemówienie dyrektor wydziału szpitalnictwa dr Orzechowski podkreślając znaczenie i rolę, jaką ma spełnić nowy oddział szpitalny. W uroczystościach wzięli udział przedstawiciele władz i licznie przybyły świat lekarski.

NAJWIĘCEJ LEKARZY NA WĘGRZECH I W JAPONII

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, ogłoszonego w Małym Roczniku Statystycznym, Polska posiadała w 1935 r. ogółem 12.427 lekarzy (w r. 1928 było lekarzy tylko 9.757), z czego 7.664 przypada na większe miasta, a tylko 4.763 — na mniejsze miasta i okręgi wiejskie.

W porównaniu z innymi krajami Polska znajduje się, niestety, na trzecim miejscu od końca, posiadając na 10.000 mieszkańców zaledwie 3.7 lekarzy (jeszcze mniej lekarzy, niż Polska posiadają Jugosławia i Finlandia). Najwyższe liczby lekarzy posiadają Japonia (10.5) i Węgry (10.3).

W r. 1936 Polska posiadała 672 szpitale z 70.734 łóżkami, co wynosiło 20,9 łóżek na 10.000 mieszkańców. Należy zaznaczyć, że w porównaniu z rokiem 1932 liczba szpitali i łóżek szpitalnych zmniejszyła się, albowiem w r. 1932 wynosiła: szpitali 726, łóżek szpitalnych 70.937. W porównaniu z innymi krajami stan szpitalnictwa polskiego przedstawia się bardzo smutno. Jedynie Grecja, Jugosławia, Bułgaria i Litwa posiadają warunki leczenia gorsze od naszych. Największą liczbę łóżek szpitalnych posiada Kanada (92,6 na 10.000 mieszkańców, oraz Niemcy (92,6).

SEKRETARIAT ZWIĄZKU POŁOŻNYCH RZ. P. MIEŚCI SIĘ PRZY UL. HOŻEJ 56 W WARSZAWIE

CZYNNY CODZIENNIE

GODZINY URZĘDOWANIA 17—19

Dr med. H. SŁOMNICKA

Kilka uwag o wcześniakach i osobliwościach ich pielęgnacji

Wcześniakiem nazywamy dziecko, które przyszło na świat przed ukończeniem 9-ciu miesięcy życia płodowego. Jest ono mniej przygotowane do życia pozapłodowego od dziecka donoszonego, jednakże około 5% wcześniaków zdolnych jest do przetrwania I-go, najtrudniejszego roku życia. Później dzieci te rozwijają się przeważnie tak samo dobrze, jak dzieci donoszone. Szereg czynników decyduje o dalszych losach wcześniaków po porodzie.

W pierwszym rzędzie czynnikiem takim jest czas porodu i związana z tym wielkość i waga noworodka. Doświadczenie wykazało, że i bardzo małe wcześniaki (719 g.), które przyszły na świat w bardzo wczesnym okresie życia płodowego (26 tygodni) mogą być, w pewnych sprzyjających warunkach, utrzymane przy życiu. Jednak jako miara średnia, warunkująca dalsze życie wcześniaka, zostały ogólnie uznane: 1) 28 tygodni życia płodowego, 2) 100 g wagi wcześniaka, 3) 34 cm. długości, 4) 22,5 cm. obwodu klatki piersiowej, 5) 26,5 cm. obwodu głowy.

Nie są to jednak wymiary bezwzględne, gdyż 2-gim czynnikiem, warunkującym życie wcześniaka jest jego tak zwana zdolność życiowa. Jest ona często zupełnie niezależna od wieku, wagi i wymiarów wcześniaka. Nawet dzieci donoszone mogą, w pewnych warunkach, wykazać małą zdolność życiową i z trudem przebijają się przez pierwszy rok życia. Natomiast są wcześniaki, nawet młodsze i o mniejszych wymiarach od wyżej podanych, które wykazują względnie zdumiewającą zdolność życiową i pęd do rozwoju i wzrostu. Częściej jednak mała zdolność życiowa spotyka się u wcześniaków, niż u dzieci donoszonych, gdyż ten sam czynnik, który wywołuje przedwczesny poród, warunkuje także mniejszą zdolność życiową noworodka.

Trzecim wreszcie czynnikiem, od którego zależy utrzymanie wcześniaka przy życiu, jest stan jego zdrowia, a więc to czy przyszedł na świat zdrowy, czy też obciążony jakąś chorobą dziedziczną, nabytą w czasie życia płodowego, lub też w trakcie aktu porodowego. (Kiła, gruźlica, cukrzyca, jakaś choroba infekcyjna, gonorea, uraz porodowy itp.).

Duże znaczenie w rokowaniu co do dalszego życia wcześniaka ma też jego zachowanie się po przyjściu na świat. Wcześniak, który stale śpi, nie krzyczy, prawie z trudem oddycha powierzchownie, jest siny, wiotki i obrzeknięty, daje bardzo złe rokowania i przeważnie ginie w ciągu pierwszych kilku dni po urodzeniu.

Wcześniak który szczęśliwie przebył pierwszy najgroźniejszy okres życia, rozwija się szybko, przybiera na wadze znacznie więcej od dziecka donoszonego i już często w drugim miesiącu życia podwaja swą wagę pierwotną, podczas gdy dziecko donoszone podwaja ją przeciętnie w 5 — 6 miesiącu życia. Tak samo długość wcześniaka bardzo szybko wzrasta. Wynika z tego wniosek, że w pierwszych miesiącach życia wcześniak, aczkolwiek żyje poza łonem matki, ulega jeszcze prawom życia płodowego. Dopiero później zaczyna on pod względem wzrostu i rozwoju zbliżać się do dziecka donoszonego.

Tego rodzaju gwałtowne przybieranie na wadze powoduje znacznie większe zapotrzebowanie na pokarm u wcześniaka, niż u dziecka normalnego. Duża ilość pokarmu, którą on zużywa, idzie w 80 — 94% na wzrost i wagę i tylko niewielki stosunkowo procent ulega spalaniu. Dlatego też wcześniak wytwarza mało ciepła.

Największą trudnością w pielęgnacji wcześniaków jest zachowanie odpowiedniej ciepłoty ciała dziecka i zwalczanie jego skłonności do dużych i niebezpiecznych spadków temperatury. Pierwszy duży spadek temperatury jest to tzw. spadek fizjologiczny. Jest on u wcześniaków znacznie większy, niż u dzieci donoszonych i trwa tym dłużej, im mniej dojrzały jest wcześniak. Następnie temperatura wraca do normy, pozostaje jednak skłonność do dużych wahań ciepłoty.

Zjawisko to tłumaczy się małym wytwarzaniem ciepła przez wcześniaka (mała ruchliwość, niewielkie spalanie), oraz dużą jego utratą, gdyż powierzchnia ciała wcześniaka jest duża w stosunku do wagi jego ciała. Poza tym ośrodek regulacji cieplnej jest jeszcze niedojrzały i dlatego ciepłota wcześniaka nie jest stała, jak u dziecka donoszonego, ale ulega zmianom w zależności od temperatury otoczenia.

Powyższe względy nakazują utrzymanie odpowiedniej temperatury środowiska, w którym się dziecko znajduje. W zakładach położniczych i domach wychowawczych służą do tego celu cieplarki o temperaturze 26 — 30 C. Do użytku prywatnego są one zbyt drogie. Wystarczy też urządzenie dla wcześniaka gniazda z waty, obłożonego termoforami, lub butelkami z ciepłą wodą. Temperatura gniazdka winna być 26 — 30 C. W warunkach takich wcześniak szybko się rozwija, traci sińce i obrzęki. Nie należy jednak wywoływać przegrzania, które powoduje niepokój, pocenie się dziecka, a nawet znaczne podniesienie się ciepłoty ciała. W takich wypadkach należy natychmiast zmniejszyć dopływ ciepła, a temperatura szybko wraca do normy.

Ze względu na łatwą utratę ciepła, należy też w pierwszym okresie życia wcześniaka zaniechać kąpieli, a takie zabiegi jak mycie, karmienie, przewijanie i przysypywanie wykonywać szybko i w pokoju odpowiednio ciepłym.

Z osiągnięciem przez wcześniaka wagi 200 —— 2500 g, wszystkie te zabiegi w celu utrzymania stałej temperatury ciała są już zwykle niepotrzebne.

Należy też pamiętać o specjalnej wrażliwości śluzówek i skóry wcześniaka na czynniki drażniące. Dlatego też lepiej, zamiast zabiegu Credego, stosować przemywanie oczu roztworem soli kuchennej, a skórę przysypywać niedrażniącą przysypką, jak puder Bebe Szofmana i myć dobrze przetłuszczonym mydłem „Bebe Szofmana". Środki dezynfekcyjne drażnią skórę wcześniaka, należy więc unikać ich stosowania.

Zagadnienie wsi

Rola położnej i jej praca na wsi

(Referat, wygłoszony na 5-tym Zjeździe Zw. Położnych R. P. przez dr. med. K. Maniszewskiego, lekarza powiatowego w Ostrołęce)

(Streszczenie)

Prelegent dyktując od razu sedna sprawy stwierdza, że obecny stan położnictwa na wsi jest fatalny.

Opieka nad matką i dzieckiem znajduje się na poziomie daleko odbiegającym od współczesnych wymagań. Za ten stan rzeczy dr Maniszewski czyni odpowiedzialnymi w pierwszym rzędzie położne. Zdaniem prelegenta znikoma ilość położnych na wsi wynika z ich fałszywego nastawienia — z chęci łatwego zarobku. Ponieważ uboga wieś — z natury rzeczy — nie stanowi dobrej odskoczni dla zdobycia kapitału — położne unikają jej.

Wieś jednak za wszelką cenę wymaga poprawy opieki położniczej. Według statystyk z 12 tyś. położnych, zarejestrowanych w Polsce, w przybliżeniu 75 — 80% przypada na miasta, a tylko 20 — 25% — na wieś. Natomiast z 892 tyś. urodzeń w Polsce — wieś daje 765 tyś.

Stosunek więc jest odwrotny do ilości położnych. Ilość porodów obliczona na jedną położną wiejską jest zbyt duża, aby ta ostatnia mogła wszystkim podołać. Siłą więc rzeczy część porodów na wsi w obecnych warunkach musi spaść na „babki". Ktoś mógłby powiedzieć, że przecież oprócz położnych praktykujących samodzielnie istnieją w terenie szpitale, zaopatrzone w łóżka położnicze oraz znajdujące się ośrodki zdr., z których najlepiej zorgan. posiadają stacje opieki nad matką i dzieckiem. Przewidując ten argument prelegent oblicza, że na 7 tyś. łóżek ginekologicznych, którymi rozporządzają szpitale i kliniki w Polsce — na czysto położnicze przypada zaledwie 3%. Gdyby przypuścić, że wszystkie łóżka położnicze „rodzą" przez okrągły rok — w szpitalach doszłaby do skutku tylko 1/3 część ogólnej liczby porodów. Ośrodki zdrowia ze swymi stacjami opieki" również nie mogą stanowić konkurencji dla położnych, gdyż w Ośrodku pacjentka może otrzymać jedynie poradę, podczas gdy ona zgłasza się przeważnie dla zapewnienia sobie czynnej pomocy.

Pogląd powyższy ilustruje prelegent cyframi, dowodzącymi spadku popularności Ośrodków Zdrowia w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem.

Wieś, która daje duże możliwości—wprawdzie ciężkiej, ale jakże wdzięcznej — pracy, ma też swoje specjalne wymagania. Trzeba umieć w podejściu do wsi kierować się sercem. Kto tego nastawienia nie potrafi znaleźć, niech na wieś nie wyjeżdża, bo niczego nie zdziała, a sam zadowolenia nie znajdzie.

Położna, pracująca na wsi, musi być higienistką, budzącą wśród ludności potrzebę czystości, i wpajającą jej zasady. Nie wystarczy przy tym czekać aż ktoś przyjdzie po radę. Należy samemu zajrzeć w mrok „latami nie wietrzonej izby".

Tuż za wartościami społecznymi warunki pracy na wsi wymagają kwalifikacji fachowych.

Położna pracująca na wsi, gdzie na pomoc lekarską trzeba nieraz długo czekać, musi umieć samej sobie radzić i nie popełniać błędów w sztuce.

Co może dać wieś położnej za jej ciężką pracę?

Nie może ona dać luksusu, ale, zdaniem prelegenta, niewątpliwie zapewni spokojną egzystencję. Przy najskromniejszych opłatach zarobek roczny z porodów wyniesie nie mniej jak 1560 zł. Oprócz tego może liczyć na dodatkowe wynagrodzenia za bańki, zastrzyki itp.

Państwo również przychodzi z pomocą położnym, osiedlającym się na wsi. Pomoc Państwa dla położnych ma już nawet swoją historię. Początkowo władze państwowe przyznawały pensje miesięczne lub subsydia roczne. Rychło okazało się, że metoda ta nie prowadziła do celu, gdyż nie budziła zaufania do położnych i nie przysparzała pacjentek. Wobec tego zaczęto dostarczać komplety porodowe. Wreszcie w niektórych gminach przydzielano wyprawki dla niemowląt, które stanowić miały prezent dla matki i zjednać tę ostatnią dla położnej.

Reasumując dr Maniszewski stwierdza, że wieś może zapewnić utrzymanie niezbyt wymagającej położnej. Prelegent zachęca dlatego położne do osiedlenia się na wsi i przestrzega przed wykonywaniem niedozwolonych zabiegów oraz zbyt pochopną walką z „babkami", która nie przyczynia się zwykle do podniesienia powagi położnej.

Klementyna Lutostańska

Droga na wieś

Polska jest krajem rolniczym; trzy czwarte jej ludności stanowią chłopi. Poziom życia naszego chłopa był zawsze niski, ale ostatni kryzys zubożył wieś do cna. Oczywiście, w warunkach tej wyjątkowej nędzy nie znajduje się już miejsce na dbałość o higienę i zdrowie. To luksus. Stąd wieś nasza pogrążona jest w brudzie i niechlujstwie, a piękna rasa polskiego ludu zagrożona cherlactwem. Jest to skutek systematycznego niedojadania, względnie — nieodpowiedniego odżywiania, a nade wszystko — braku pomocy w razie choroby i jakichkolwiek wskazań higienicznych w zakresie zapobiegania chorobie.

Wieś, oddalona od centrów promieniowania współczesnej kultury i zubożała, tym łatwiej staje się żerowiskiem dla różnych wydrwigroszów. Znachor (ka) i „babka" — oto wyrocznie w sprawach, gdzie w grę wchodzi częstokroć stawka o życie. Znachor i „babka", ludzie przeważnie sprytni i znający dobrze środowisko, w którym „działają", wygrywają ciemnotę dla swych ponurych obrzędów i podsycają wiarę w odwieczne zabobony.

Trzeba tedy znaleźć drogę do wsi, aby wyrugować z niej rycerzy kołtuna. Jaką zastosować metodę?

Chłop jest z natury nieufny, dlatego każda, choćby najszlachetniejsza w założeniu, reforma, zarządzenie, czy instytucja, które przyjdą z góry, spotykają się z niechęcią, a nawet wrogim nastawieniem. Drogę trzeba dopiero wykuwać i to nie od zewnątrz, ale od strony uświadomienia wsi, że powinna i może chronić się przed nieszczęściem, które choroba sprowadza. Ułatwia sprawę fakt, że wbrew powszechnemu mniemaniu o niechęci do leczenia, w istocie wchodzi w grę tylko niezamożność, bo np. darmo ludzie na wsi chętnie się leczą i nawet trzeba często poskramiać ich entuzjazm do spożywania i stosowania lekarstw lub zabiegów. Zaryzykuję twierdzenie, że mając udostępnione leczenie, wiejska ludność może nawet nadużyć poradnictwa — jak dziecko nowej zabawki.

Dzieło uświadomienia w dziedzinie walki o zdrowie na wsi jest już rozpoczęte — prowadzi je piękna idea spółdzielni zdrowia.

Do Polski przywędrowała ona niedawno, przeszczepiona z Jugosławii przez działacza ludowego i spółdzielczego (Kaz. Wyszomirski), który po powrocie do kraju rozpoczął u nas propogandę na rzecz spółdzielni zdrowia.

Instytucja, w której wszystkie niemal funkcje mogą pełnić miejscowi obywatele, którzy ponadto mają prawo kontroli wykonania uzgodnionych zarządzeń gromady, — wydaje się idealną formą wzbudzenia zaufania wśród społeczenstwa do idei walki o zdrowie.

W tej chwili trudno jeszcze przesądzić, w jaki sposób zarysują się schematy spółdzielni zdrowia, które będą powstawały na wsi. Praktyka niewątpliwie udoskonali formy, przyjęte przy tworzeniu pierwszych tego rodzaju instytucji w Polsce.

Pionierką w tej dziedzinie była wieś Markowa w pow. przeworskim (niedaleko Rzeszowa, w Małopolsce). Wieś to duża i wysoce uspołeczniona, bo znajduje się w kręgu promieniowania słynnego Wiejskiego Uniwersytetu Orkanowego w Gaci. Kierownik tego Uniwersytetu inż. Ignacy Solarz, przewodniczący Rady Okręgowej spółdzielni okręgu rzeszowsko-krośnieńskiego, bardzo się zapalił do idei powstania spółdzielni zdrowia.

Przez wiele miesięcy sondowano opinię miejscowych i okolicznych działaczy, gospodarzy i bardziej uświadomionej młodzieży. Jak mówi w swej pracy inż. Solarz: „Dla powodzenia przedsięwzięcia i przezwyciężenia trudności idea nowa musiała stać się własnością samych obywateli. Stąd wiele zebrań — najpierw propagandowych, a potem mniejszych samodzielnych narad po wsiach okolicznych. Musiała myśl przejść przez kontrolę trzeźwości chłopskiej i zaczekać, aż poprzez ocenę wszechstronną i długą ludzi zanadto życiem doświadczonych, obudzi się siła własnego ich chcenia. i upór tworzenia".

Półtora roku trwała akcja przygotowawcza i pokonywania różnych trudności, aż w dniu 15 września 1936 roku nastąpił dzień otwarcia działalności Spółdzielni Zdrowia w Markowej. W dniu tym dr Stanisław Machnicki udzielił pierwszych porad zgłaszającym się chorym.

Dzień ten przejdzie do historii ruchu wsi w kierunku zdecydowanej woli stanowienia o zdrowiu swych obywateli. Spółdzielnie Zdrowia staną się u nas wspaniałymi propagatorami nie tylko walki z chorobą, ale — zapobiegania chorym. Lekarz, dotychczas obcy pan z dalekiego miasteczka, staje się znanym i szanowanym doradcą ludności; położna z ramienia Spółdzielni Zdrowia — przestaje być „wielkopańskim" wynalazkiem, ale jest opiekunką przyszłej matki już od początków ciąży, co zapobiegnie często zbytecznym powikłaniom, wynikającym z błędnego postępowania nieuświadomionej kobiety ciężarnej. Lekarstwo przestaje być jakąś cudowną wodą, którą udziela się od chaty do chaty (bez względu na to, przeciw jakiej chorobie miało służyć), gdzie w tych wypadkach raczej szkodzi, a więc traci popularność. Spółdzielnie — jako punkty rozdzielcze środków farmaceutycznych, przepisanych przez lekarza lub położną odpowiednio do potrzeb chorego, w miejscowościach położonych z dala od nowoczesnych szlaków komunikacyjnych, zaspokoją potrzeby wsi, w dziedzinie higieny zapobiegawczej.

Lekarz, położna i podręczna apteczka — oto trzy elementy, przy pomocy których Spółdzielnie Zdrowia wniosą do wsi odwieczne hasło: w zdrowym ciele zdrowy duch.

Klementyna Lutostańska

Dr med. ALINA BREWDA

Co należy wiedzieć o zapobieganiu ciąży

(ciąg dalszy)

METODY CHEMICZNE.

Środki zapobiegawcze chemiczne, służące do walki z plemnikami — są plemnikobójcze. Plemnik, komórka męska, jest tworem o bardzo małej odporności. Po to, by żyć musi mieć odpowiednią temperaturę (najlepsza około 35° C) i odpowiednie środowisko chemiczne.

Plemnik ginie od kwasów, tak samo jak od rozcieńczonego sublimatu (1:1000). Pochwa kobieca posiada zawartość mniej lub bardziej kwaśną i od ilości kwasów jest zależne życie i ruch plemników.

W zależności od zawartości kwasów w wydzielinie pochwowej — dzielimy kobiety na 3 grupy — o różnych możliwościach zajścia w ciążę.

Grupa I — tzw. niepoprawnie płodny typ — są to kobiety o minimalnej zawartości kwasów w pochwie.

Grupa II — typ płodny — kobiety o małej ilości kwasów w pochwie.

Grupa III — typ kobiety skłonnej do bezpłodności, której pochwa zawiera dużą ilość kwasów.

Kwasota pochwy tej grupy kobiet powoduje śmierć plemników, zwłaszcza gdy zostaną przetrzymane w pochwie dłużej.

I dlatego też często używane bywają kwasy do środków zapobiegających ciąży.

Stosując środki chemiczne przy zapobieganiu ciąży, należy zwrócić uwagę, by nie były one szkodliwe dla organizmu kobiety.

Środki te możemy wprowadzać pod rozmaitymi postaciami — jako a) gałki pochwowe, b)maści płynne, bądź półpłynne, c) środki musujące, d) gąbki moczone w oliwie i w innych substancjach plemnikobójczych, e) tłuszcze.

A) Gałki pochwowe są wyrabiane z masła kakaowego, bądź ichietyny — są łatwo topliwe i rozpuszczalne w temperaturze pochwy, zawierają szereg leków plemnikobójczych dokładnie zmieszanych. Do najczęściej stosowanych leków należy chinina, chinosol bądź sublimat. Ten ostatni nie nadaje się do częstego użytku z powodu swojej wielkiej jadowitości. Z kwasów najczęściej stosuje się kwas borny, cytrynowy, mleczny, octowy, salicylowy.

Należy zwrócić uwagę, by gałki były świeżo wykonane, gdyż tylko takie topią się w pochwie 10 minut po ich założeniu. Gałki stare są zjełczałe i nie rozpuszczają się, przez co środek plemnikobójczy zawarty w nich nie może działać.

Gałkę pochwową należy założyć do górnej części pochwy, jak najbliżej szyjki macicznej. Zakłada się 5—10 minut przed stosunkiem, by gałka miała czas się rozpuścić.

Ujemną stroną gałek jest to, że dokuczają swym zapachem i brudzą bieliznę.

Co się tyczy skuteczności tego środka, to u kobiet oznaczających się małą płodnością działają samodzielnie dobrze, ale tam gdzie chodzi o maksymalną gwarancję uniknięcia zapłodnienia należy gałkę stosować łącznie ze środkiem mechanicznym.

Pasty i maście półpłynne wyrabiane są zazazwyczaj z podobnych środków, jak i gałki.

Zawarte są zwykle w tubce zaopatrzonej w klucz, za pomocą którego pastę wyciska się jak pastę do zębów.

Po to by pasta dostała się jak najbliżej szyjki macicznej, do tubki z pastą dodają zwykle nasadkę szkalną, która musi być wprowadzona jak najgłębiej do pochwy. Musi to mieć miejsce 3 — 5 minut przed stosunkiem.

Jako substancję rozprowadzającą używa się do past gliceryny. Pasty najbardziej są rozpowszechnione w Ameryce i Rosji Sowieckiej.

Pasty dają w 97% pewność uniknięcia zapłodnienia.

Maść najbardziej popularna, używana najczęściej do smarowania krążków zapobiegawczych bądź prezerwatyw jest następująca:

Acidi borici	5.0
Acidili lactici	2,0
Chinosoli	2,0
Glycerini	ad 100,0

Można ją stosować w następujący sposób: na zwykłą rurkę gumową, jakiej używa się do irygatora, nakłada się gruszkę (niedużej objętości 25 — 30 cm^3). Taki przyrządzony aparacik należy wygotować. Następnie wpuszcza się maść do gruszki i 5 — 10 minut przed stosunkiem „wstrzykuje" się maść do pochwy.

Przyrządzik ten należy każdorazowo czyścić wodą z mydłem i następnie osuszyć.

Dr med. A. Brewda

SKAZANIE PSEUDOLEKARZA

W Sądzie Okręgowym we Lwowie toczyła się rozprawa przeciwko Bolesławowi Bartowi o wykonywanie praktyki lekarskiej pomimo że nie był lekarzem, co spowodowało śmierć pacjentki. W wyniku rozprawy sąd skazał Barta na 2 lata więzienia z zawieszeniem.

Wiadomości naukowe

INSULINA PROTAMINOWO - CYNKOWA — DALSZY ETAP WALKI Z CUKRZYCĄ.

Cukrzyca do niedawna była dla chorego klęską nieodwracalną. Złe przyswajanie węglowodanów, a w pierwszym rzędzie cukru, stanowiące istotę cierpienia, w krótkim czasie doprowadzało do wyniszczenia i śmierci.

Okrycie Bantinga, który stwierdził, że spalaniem węglowodanów zawiaduje specjalny hormon, wydzielany przez trzustkę, a znany insuliną, pozwoliło przez stosowanie zastrzyków insuliny skutecznie zastępować w ustroju brak własnego fermentu.

Wielką trudność w stosowaniu insuliny stanowiła do ostatnich czasów konieczność dwu lub trzykrotnego wprowadzania jej w ciągu dnia.

Po długich i żmudnych badaniach udało się uczonym amerykańskim przez połączenie chemiczne z białkiem i cynkiem stworzyć preparat insuliny tak wolno wchłaniający się, że wystarczy choremu jedno wstrzyknięcie na dzień.

Doniesienia lekarzy amerykańskich entuzjastycznie odnoszą się do tego nowego preparatu.

UJEMNY WPŁYW NIKOTYNY NA NIEMOWLĘ.

Niejednokrotnie podkreślano ujemny wpływ nikotyny na zdrowie nałogowego palacza, zwłaszcza kobiet w ciąży. Karmiącym zalecano przerwanie palenia. Przed kilku miesiącami jeden z lekarzy budapesztańskich, J. Grainer, stwierdził, że wiele chorób, atakujących niemowlę jest wynikiem palenia karmiącej matki. Nikotyna przedostaje się do pokarmu i dziecko zatruwa się. Zatrucie to objawia się przez utratę przytomności, ślinotok, wymioty, biegunkę i dusznicę bolesną. Należy zatem pamiętać, aby kobieta paląca ograniczyła się w paleniu papierosów, o ile nie chce narazić dziecka na chorobę, która nierozpoznana i źle leczona może stać się niebezpieczną dla życia.

DZIAŁ prawny

Prawo i obowiązki położnej

W kilku ostatnich numerach naszego pisma drukowaliśmy Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 r., zawierające Instrukcję dla położnych.

Jakkolwiek wszystkim czytelniczkom „Głosu Położnej" Instrukcja ta jest bardzo dobrze znana, gdyż wymaga tego § 2 tejże instrukcji, (który mówi, że przy rejestracji winna położna okazać lekarzowi powiatowemu swoje narzędzia pracy. Winna również nabyć u niego 1 egzemplarz „dziennika położnej" **oraz 1 egzemplarz niniejszej Instrukcji, z przepisami której winna dokładnie zapoznać się i ściśle się do nich stosować"**) — to jednak powtórzyliśmy na tym miejscu jej treść, aby tym łatwiej było omówić raz jeszcze wszystkie jej luki, niedomówienia lub zbyt rygorystyczne przepisy.

Nim jednak zajmiemy się tą sprawą z punktu widzenia czysto prawniczego, jak zawsze, chcielibyśmy, aby wszystkie nasze czytelniczki — jako strona najbardziej zainteresowana i mająca olbrzymie doświadczenie — wzięły żywy udział w publicznej dyskusji na ten ważny temat.

Któż przecież bardziej niż położna-praktykująca może i powinna zabrać głos w sprawie obowiązującej Instrukcji. Wszystkie jej wady zna dokładnie, wie do czego jest uprawniona, a czego jej pod groźbą odpowiedzialności sądowej czynić nie wolno. Czyż więc jej głos nie jest najbardziej miarodajny i godny uwagi?

Wzywamy zatem czytelniczki naszego pisma do nadsyłania swoich uwag do Instrukcji. Spostrzeżenia te i wywody notować będziemy w tej rubryce mając nadzieję, że niejedna uwaga znajdzie właściwy posłuch i przyczyni się do zmiany obowiązującego dotąd Rozporządzenia, które zawiera wiele już dziś nieaktualnych przepisów.

Aby spostrzeżenia i uwagi naszych Czytelniczek nie uległy zbyt dużej rozbieżności, proponujemy ograniczyć się do następujących punktów:

1. Czy obowiązująca Instrukcja dla położnych z dnia 2 maja 1929 r. nie zawiera zbędnych przepisów (jeżeli tak — to jakie mianowicie).
2. Co powinno być uwzględnione w Instrukcji.
3. Czy §§ 8 i 9 (narzędzia pracy i leki, które położna winna posiadać) nie wymagają zmiany.
4. Czy ustępy tego rodzaju, jak np. początkowy § 17, mówiący, że **„zachowanie się położnej względem ciężarnej, rodzącej i położnicy winno być równe, nacechowane cierpliwością i wyrozumiałości, oraz łagodne i uspokajające"** — nie rzucają niewłaściwego światła na zawód.

Jeżeli chodzi o to ostatnie pytanie — to stawiamy je dlatego, iż — naszym zdaniem — przepis, mówiący o zachowaniu się położnej względem ciężarnej, rodzącej i położnicy jest tak kardynalnym obowiązkiem każdego człowieka, iż umieszczenie go w Instrukcji budzi obawy, iż może być przez osoby postronne źle (na niekorzyść położnych) zrozumiany.

ROZPORZĄDZENIE O KRWIODAWCACH

W dniu 13-tym października r. b. weszło w życie rozporządzenie ministra opieki społecznej o krwiodawcach.

Rozporządzenie to postanawia, że oddawać swą krew do przetaczania mogą wyłącznie osoby zarejestrowane w instytucji, upoważniającej do tego na mocy zezwolenia ministra opieki społecznej. Każda z tych instytucji powołuje komisję lekarską, złożoną z trzech osób, której skład podlega zatwierdzeniu właściwego wojewody. Zadaniem komisji jest badanie stanu zdrowia krwiodawców i kandytatów na krwiodawców oraz ustalenie grupy krwi kandydatów.

Krwiodawcą może być wyłącznie osoba, mająca ukończone 21, a nie przekroczone 41 lat. Krwiodawca pozostaje pod stałą kontrolą lekarską instytucji, w której jest zarejestrowany. Kontrola ta polega na badaniu krwiodawcy przez komisję lekarską nie rzadkiej niż co 6 tygodni. Krwiodawca obowiązany jest zawiadomić niezwłocznie instytucję, w której jest zarejestrowany, o wszelkich zauważonych u siebie objawach chorobowych.

Lekarz może dokonać zabiegu przetoczenia krwi dopiero po przedłożeniu mu przez krwiodawcę ważnej legitymacji. Po zabiegu lekarz obowiązany jest własnoręcznie wypełnić i podpisać rubrykę legitymacji przetoczenia krwi.

Przepisom tym nie podlegają osoby, dające swą krew do przetoczenia dla osób najbliższych i bliskich, bądź w przypadkach nagłych.

SKRZYNKA pocztowa

Listy do Redakcji

POŻYTECZNA PLACÓWKA

... Sterana wiekiem i ciężką walką o byt, nie biorą dziś czynnego udziału w życiu społecznym, niemniej jednak z wielkim zainteresowaniem przyglądam się działalności zarówno osób, jak i instytucji, służących sprawie mego zawodu — położnej. To też od pierwszej chwili ukazania się „Głosu Położnej" jestem jego stałą i oddaną czytelniczką, propagatorką tego pisma, które w niezwykle umiejętny i szlachetny sposób potrafi bronić zawodu przed atakami wrogów.

„Głos Położnej" jest dla nas — położnych — nie tylko pożyteczną placówką, ale wprost jedynym doradca i przewodnikiem. Dlatego też życzę, aby nadal rozwijało się służąc słusznej sprawie.

Z poważaniem
St. K., położna z Łodzi

P. S. Prenumeratę za r. 1938 opłaciłam.

Do Redakcji „Głosu Położnej"
w Warszawie

Grupa akuszerek, — Polek z Czechosłowacji, pracujących obecnie z dala od Ojczyzny, przesyła Redakcji „Głosu Położnej" wyrazy serdecznego pozdrowienia.

Grupa akuszerek—Polek z Czechosłowacji.

Praga, dn. 10 grudnia 1937 r.

Odpowiedzi Redakcji

P. Z. Łódź: Słuszna uwaga. Uwzględnimy w następnym numerze.

Romana H-l, Warszawa, położna: Sprawozdanie z Tow. im. Elizy Orzeszkowej wydrukował „Kurier Warszawski" w Nr. 348 z dnia 19 grudnia 1937 r. Wybory dały następujące wyniki: Jadwiga Holenderska, Jadwiga Ostromęcka, Helena Pawłowiczowa, Zbigniew Prażmowski, Józefa Ślusarska, hr. Wł. Sołtan, Maria Gedroycowa i Kazimierz Gedroyć.

St. L., Łódź: Należy uważnie czytać. Powinna pani zgłosić się do nas w celu omówienia tej sprawy. Pismo nasze chętnie uwzględnia życzenia czytelniczek.

Akuszerka z Kowla: Działu literacko-naukowego na razie nie prowadzimy, gdyż nawał materiału oraz aktualne zagadnienia zawodu położnych na to zupełnie nie pozwalają. Może w przyszłości drukować będziemy sylwetki wybitniejszych działaczek zawodowych.

Za życzenia serdecznie dziękujemy.

POPRZEDNI NUMER „GŁOSU POŁOŻNEJ"

zawierał:

Na marginesie obrad zjazdowych
Sprawozdanie z 5-go Zjazdu Zw. Poł. Rzeczypospolitej Polskiej
Hormony płciowe (dokończenie)
Projekt ustawy o zwalczaniu nierządu
Higiena sromu w stanach patologicznych
Co należy wiedzieć o zapobieganiu ciąży

oraz

STAŁE DZIAŁY

WIADOMOŚCI organizacyjne

DOROCZNE WALNE ZEBRANIE OKRĘGU WARSZAWSKIEGO ZW. POŁ. R. P.

W dniu 7 grudnia b. r. odbyło się walne zebranie Okręgu Warszawskiego Zw. Poł. R. P.

Głównym punktem porządku dziennego był wybór nowych władz Okręgu, który nabrał specjalnego znaczenia wobec ustąpienia dotychczasowej przewodniczącej Okręgu — p. Marendowskiej. Jak nas poinformowano p. Marendowska, kierująca w dalszym ciągu pracami Zarządu Głównego, pragnęła przez swoje ustąpienie stworzyć warunki dla samodzielnej pracy Okręgu.

W wyniku głosowania przewodniczącą zarządu Okręgu została p. Zaydlowa.

Do zarządu weszły panie: Grabowska, Kosmalowa, Łuniewska, Rychlikowa, Wysocka i Zatońska.

ZWIĄZEK POŁOŻNYCH R. P. ZYSKAŁ 3 NOWE OKRĘGI.

W listopadzie r. b. zgłosiły swój akces do Związku Położnych R. P. trzy niezależnie dotychczas istniejące związki, a mianowicie: ostrowsko-kielecki, pułtuski i nasielski.

Fakt ten podnosimy z wielką radością jako nowy krok do stworzenia jednolitej organizacji zawodowej.

Przegląd czasopism

„RUCH PRZECIWGRUŹLICZY"

W Nr 7 — 8 z rb. znajdujemy b. ciekawą pracę dr Wł. Wieszeniewskiego, dyrektora Sanatorium w Małorycie, pt. „Ciąża a gruźlica".

Autor omówiwszy szczegółowo powyższe zagadnienie wyprowadza następujące wnioski:

1. Gruźlica płuc, za wyjątkiem przypadków o daleko posuniętych rozpadowych procesach o ostrym przebiegu, nie wpływa szkodliwie ani na możność poczęcia, ani na przebieg ciąży i porodu.
2. Dzieci matek gruźliczych są, za bardzo nielicznymi wyjątkami zdrowe przy rodzeniu i rozwijają się prawidłowo. Nie są one zarażone gruźlicą i odporność ich na zakażenie gruźlicze nie jest zmniejszona. Wobec jednak wrażliwości ustroju dziecięcego na zarazek gruźlicy, powinny one albo być odosobnione na czas dłuższy, albo poddane krótkiej izolacji i szczepieniom B.C.G.
3. Wpływ ciąży na proces gruźliczy jest zależny:
   a) od charakteru zmian anatomo-patologicznych i
   b) od dynamiki procesu.
4. Małe, dawno wygasłe procesy typu **tuberculosis abortiva i phthisis chronica incipiens manifesta stationaris** Sterlinga, nie mogą przy dobrym stanie ogólnym być powodem zakazu macierzyństwa.
5. Przypadki ciąży z procesami dawno wygasłymi, nawet przy względnie dużych zmianach o charakterze włóknisto-wytwórczym, dają dobre rokowania. Natomiast nawet małe procesy o świeżych skokach chorobowych, dają wątpliwe rokowania. Jeszcze gorsze — przypadki o charakterze włóknisto-jamistym.
6. Przypadki o charakterze wysiękowym, z tendencją do zserowacenia i rozpadu dają złe rokowania, tym gorsze, im sprawa jest więcej czynną. Mogą one jednak ulec poprawie.
7. Przy obecnym stanie lecznictwa gruźlicy formuła Pinard'a: „Pilnować ciążę, leczyć gruźlicę", ma doniosłe znaczenie. Każda kobieta chora na gruźlicę, powinna w czasie ciąży znajdować się pod opieką lekarską i, o ile tylko możliwe, korzystać z leczenia sanatoryjnego.
8. Przerwanie ciąży jest wskazane: a) przy każdym wyraźnie stwierdzonym skoku chorobowym, o ile zmiany przez niego spowodowane nie ustępują przy odpowiednim leczeniu, b) przy jednostronnych czynnych procesach o charakterze wysiękowym z tendencją do rozpadu, jeśli założenie odmy jest niemożliwe lub też, jeśli założona odma nie daje odpowiednich wyników, c) przy dwustronnym procesach tego typu, o ile dają one **quo ad vitam** kobiety dobre rokowanie.
9. Przerwanie ciąży powinno być dokonane w pierwszych 3 miesiącach.
10. Przerwanie ciąży nie jest wskazane w przypadkach o daleko posuniętej rozpadowej gruźlicy płuc, ponieważ zabicie dziecka nie ratuje matki.
11. Przy powzięciu decyzji co do przerwania lub nie przerywania ciąży powinny być również wzięte pod uwagę: a) liczba poprzednich porodów i ich wpływ na proces chorobowy, b) warunki ekonomiczne i higieniczne, w których znajduje się kobieta, c) możliwość lub niemożliwość zabezpieczenia dziecka od zakażenia, grożącego mu w środowisku gruźliczym, d) czynniki natury moralnej i psychicznej.

Pamiętaj o Pomocy Zimowej

CO WARTO przeczytać

Uzdrowiska Polskie, Wydawnictwo Związku Uzdrowisk Polskich str. 307 z mapką uzdrowisk polskich.

Związek Uzdrowisk polskich wydał w pięknej szacie przewodnik po polskich uzdrowiskach, omawiający również najistotniejsze zagadnienia z dziedziny uzdrowiskowej.

Oprócz opisu działalności Związku Uzdrowisk Polskich w okresie pierwszego dziesięciolecia, część pierwsza przewodnika porusza szereg kwestii, mających doniosłe znaczenie dla rozwoju naszych miejscowości leczniczych.

Część druga poświęcona jest szczegółowemu opisowi 55 polskich uzdrowisk. Opisy bogato ilustrowane dokładnie dobranymi zdjęciami.

Okładka projektu znanych artystów-grafików Levitt-Hima stanowi prawdziwą ozdobę tego pożytecznego wydawnictwa, które powinno się znaleźć w każdym polskim domu, gdyż nie tylko pozwoli zaznajomić się bliżej ze znaczeniem polskich uzdrowisk, ale niejednego zachęci do odbycia kuracji zamiast za granicą — w kraju.

Dr med. Franciszek Ksawery Cieszyński: Higiena noworodka i niemowlęcia, Warszawa 1938, Skład Główny „Dom Książki Polskiej", str. 80 i 2 nl.

Książka dr med. Fr. Ks. Cieszyńskiego doczekała się już czwartego nakładu. Nowe poprawione wydanie tej pożytecznej pracy posiada piękną przedmowę, z której bije żar umiłowania dziecka. Brak miejsca nie pozwala nam na przedruk w całości tych gorących słów autora, ograniczamy się więc tylko do dwóch ustępów, charakteryzujących dostatecznie tę wyjątkową Przedmowę.

„Kilka ciężkich znojnych miesięcy — pisze dr Cieszyński — przeżywa niewiasta w czasie ciąży. Wiele bólów przecierpi kobieta podczas porodu. Wynagrodzeniem za te trudy i bóle jest dziecko, które zawsze jak słońce zaświeci w rodzinie i wypogadza wszystkie twarze. Nie mniejszą zapłatą jest słodkie poczucie macierzyństwa i ta świadomość, że urodzenie dziecka jest czynem społecznym, z którego każda kobieta może i powinna być dumna, gdyż w ten sposób przyczynia się do wzmożenia sił narodu i powiększenia ludzkości."

To radość z powodu narodzin dziecka. Ale autor nie zapomina, że i śmierć często zagląda do pokoju dziecka. I o niej więc wspomina w Przedmowie:

„A śmierć dziecka — to zagaśnięcie słońca w rodzinie i mroki żałobne, które przygnębiają i do pracy zniechęcają pozostałych. Śmierć dziecka to również osłabienie sił żywotnych narodu, to bezowocne marnowanie środków materialnych na grzebanie ciała i moralnych na rozpaczanie po doznanej stracie."

„Aby więc słońce w rodzinie świeciło stale", dr Cieszyński poucza w swej książce pt. „Higiena noworodka i niemowlęcia", jak powinna postępować matka.

Praca traktuje przedmiot wyczerpująco. Ilustrują ją liczne ryciny. Można ją polecić matce jako niezbędny przewodnik w trudnym okresie macierzyństwa.

Dr J. Waski: Lekarz domowy. Nakład „Nowego Wydawnictwa", Warszawa 1938, wydanie drugie, str. 126.

Popularyzacja wiadomości lekarskich w ostatnich czasach doprowadziła do tego, iż coraz więcej jest „lekarzy - amatorów", niż prawdziwych lekarzy. Stąd może powodzenie książek lekarskich, przeznaczonych dla szerszych mas publiczności. Taką właśnie jest „Lekarz domowy" dr Waskiego. Zebrane tutaj wiadomości pouczają, jak sobie radzić w nagłych wypadkach oraz jak się odżywiać w zdrowiu i chorobie. Wiadomości te są bardzo pożyteczne, nie należy jednak uważać, że w każdym wypadku można się obejść bez lekarza.

Drugie wydanie — podobnie jak pierwsze — opracowane przejrzyście i dokładnie.

l—ski

Najlepszym Twoim przyjacielem „GŁOS POŁOŻNEJ"

Wydawca: FELIKSA CHOIŃSKA.

Druk. B-ci Wójcikiewicz, Warszawa